

我が国のターミナル・ケアに関する

社会学的研究

生 垣 公 彦

第一章 病院死の増加とターミナル・ケア

昭和六〇年までの「厚生省・人口動態統計」によると、病院・診療所などの施設内のベッドで死を迎える者は、昭和二五年には全死亡者の一一・一パーセント（以下％と記す）であったが、昭和四〇年には二八・六％、昭和五〇年には四六・七％と増え続け、昭和六〇年には、全死亡者の六七・三％を占めるに至っている。つまり現在では、すでに三人に二人以上の人々が病院で死亡しているのだ（表1を参照）。

表1の「施設内」は病院・診療所・助産所での死亡数を表し、「施設外」は自宅・その他の場所での死亡数を表している。事故などの屋外での死亡も「施設外」に含まれているこ

とを考えると、昭和六〇年には自宅の、いわゆる「畳の上」で家族や近隣知人に囲まれて臨終を迎える人は、全死亡者の三分の一を下回ることになる。仮に病院などの施設内での死亡を「病院死」、自宅での死亡を「自宅死」と呼ぶならば、人々の臨終の場は、かつての「自宅死」に代わって、日常生活場面から切り離された「病院死」へと変化しているといえるだろう。

ところが、総理府老人対策室によって、昭和五二年一二月～五六年三月にわたって、七〇歳以上八五歳未満の老人を対象とした死に関する意識調査によると、表2のように七四・九％の人が希望する臨終の場として自宅をあげ、病院と答えている人はわずか六・二％しかない。

このように、多くの人々が、自宅での死を望んでいるにも

表1 死亡の場所別にみた年次別死亡数

年 次	総 数	施 設 内	施 設 外
昭和25年	904,876	100,518	804,358
30	693,523	107,139	586,384
35	706,599	155,038	551,561
40	700,438	200,342	500,096
45	712,962	267,292	445,670
50	702,275	328,101	374,174
55	722,801	411,970	311,831
60	752,283	506,054	246,229

※「施設内」は病院・診療所・助産所での死亡数を表し、「施設外」は自宅・その他の場所での死亡数を表す。

かわらず、我が国において「病院死」が急激に増加しているのは何故だろうか。その原因として、池見西次郎は次のように述べている。「病院死の増加の最大の理由としては、死に逝く人のためのホーム・ケア体制が、欧米の先進国に比べて、我が国では、ひどく立ち遅れていることがあげられる。また、我が国の場合、家が狭くて病室専用の部屋がとれないこと、ケアのための人手のなさ、万一の場合の処置について不安、家人を助けるボランティア活動のないこと、病院と

表2 老人が望む臨終の場所

希望された場所 臨終の場所 該 当 数 (613名)	自 宅	病院等	家族親 族の家	その他	不 明
	74.9%	6.2%	1.4%	0.9%	16.6%

ため、「病院死」の割合も都市部のほうが高い数字を示している(表3を参照)。何れにせよ、その原因の探究が本研究の目的ではない。むしろここで注目すべき点は、人々が好むと好まざるとにかかわらず「病院死」は増え続け、それに伴っ

地域の開業医とのコンタクトがなく、「自宅は、医療的姥捨て山」となりかねないことなどの理由がある。さらには、死を看とることを忘れた現代人には、家で死者を出すことの不気味さ、抵抗感などもあるようである⁽¹⁾。また井上勝也は「病院の数が増大し、健康保険が完備し、救急体制が整ってきている現在は容易に医療を受けることができる。そして、そのような受診者の増大が、結果として「病院死」の増大につながったものであろうと思われる⁽²⁾」と医療機関や医療システムの整備充実による受診者の増加を、その原因にあげている。

「病院死」の増加の原因を、前者は家庭(自宅)サイドに、後者は病院サイドに求めているわけだが、こういった特徴は、医療機関の充実した都市部により顕著に表れている

表3 都道府県別にみた死亡の場所

	施設内	施設外
全 国	57.0%	43.0%
東 京 都	70.9%	29.1%
大 阪 府	67.6%	32.4%
島 根 県	45.8%	54.2%

て病院が「ターミナル・ケアの場」となりつつあるという事実である。

ところで、ターミナル・ケアの定義は研究者によって様々であるが、本論文では池見酉次郎に従い、「治療の見込みがなくなった、最期の二、六ヶ月の時期における包括的なケア」をター

ミナル・ケアと定義づける。またケア (care) の意味は、看護学によると「身体の病変のみに限定せずに、患者を全人的にとらえ、患者の個性を尊重しながら個々の患者にふさわしい援助をすること」であり、「生物学的レベルでの問題解決に重点がある」キューア (cure＝治癒) とは、根本的に区別される。そしてターミナル・ケアの開始は、患者に対する行為の中心が、治癒よりも苦痛の緩和へと移る分岐点となる。

ターミナル・ケアを受けている患者の中には、七〇代、八〇代の人もいれば、二〇代以下の人もいる。ところが「ターミナル・ケア＝老人医療」と誤解されたり、同じように扱われることが多い。しかし前者は患者を「余命」で限定し、後者は「年齢」で限定している。患者を限定する視点が違うの

だから、この両者を同じ概念として分類することはできないのである。

福岡誠之は、時間的観点より死を三つに分けて考えた。一つめは急性死（あるいは突然死）と分類されるもので、自動車事故や心筋梗塞の場合のように、それまで全く元気になっていた人が突然死亡するもので、心臓とか呼吸器とか脳というような重要な臓器が破壊されたため、他の部位や全身の細胞はまだ十分に生命を維持できるように働けるのに、特殊の重要臓器の機能が消失したということがもとで、全身の死にいたるものである。

二つめは短期慢性死と分類されるもので、癌の末期のように、あと何ヶ月の生命といわれたような場合の死である。ターミナル・ケアの対象となるのは、この短期慢性死するであろうと考えられる患者のみである。

最後は長期慢性死といわれるもので、必ず死に至る疾患であっても、それが一年以上も続くような場合をいう。たとえば神経系の疾患で筋萎縮性側索硬化症 (ALS) や多発性硬化症 (MS) の場合、診断がついても特別の治療法がなく、徐々に進行する。死に至るまでの期間が数年から十数年にわたることもある。

老衰死の場合もこの長期慢性死になるが、組織や臓器が老

化して次第に全身が衰弱して死亡するので、どこかの臓器の障害が強くても、それを治療しただけではもとにはもどらず、他の臓器の障害も加わってくる。しかし、どの時点で老衰に入ったと考えるかが困難である。^④このような高齢による長期慢性疾患は、治癒の見込みがなく、寝たきりの状態であっても、明確にその余命が数ヶ月と診断されることは少ない。そして、この治癒の見込みが低く、はっきりとした余命も分からないということが、老人医療問題に特色を与えているのである。

しかし、短期慢性死の患者を扱うターミナル・ケアの場合には、長くて余命六ヶ月と限定されているので、ある程度介護の期間も予想ができる。ゆえに、医療費の問題も長期慢性死の老人医療の場合とは、その性質が異なるのである。また精神的にも、ターミナル・ケアを受けている患者は、寝たきりの老人よりも、より現実的に「死」という問題に直面している。長くて余命六ヶ月という限られた時間内でのケアという点で、ターミナル・ケアは老人医療全般とは区別されなければならないのである。

次に、ターミナル・ケアを実施する目的を以下に四つあげる。

①生物学的には、肉体的苦痛からの解放。

②心理的には、死の恐怖、不安を和らげること。
③社会的には、最期まで社会的存在としての自覚をもたせ、社会的役割を果たせるように援助すること。

④生命倫理的には、残された命の質を高めて、人間としての尊厳を保たせること。

①を除く他の三つが、全て内面的な問題であることから分かるのとおり、ターミナル・ケアは肉体的な援助のみならず、精神的な援助をも目的とし、そのウェイトも高い。

またターミナル・ケアにおいては、ケアを行う場所も限定していない。それゆえ病院の施設内だけに限らず、家庭における末期患者のケアもターミナル・ケアと呼ばれる。たとえば、一九七六年にできたカリフォルニアのマリン・ホスピスのように在宅ケアを主としたものの他に、アメリカのホスピスの大多数は訪問看護ができるチームをもってホーム・ケアをしている。しかし、我が国では、このような家庭における末期患者のケアは一般的に普及していないし、また今後も普及しにくい状況にある。ゆえに本研究においては「病院死」あるいは「施設内死」を問題とし、主に病院などの施設内で行われているターミナル・ケアについて扱うことにする。

第三章 医療の社会学的先行研究とターミナル・ケア

田中恒男は、医療・保健社会学において取り上げられる現象、もしくは分析を要請される領域を五つに分類した。そして、その一つの領域である社会的役割論の中で、医療の社会関係としての機能を「患者の疾病状態の治癒と健康の再獲得に志向され、これに努力する体系とその過程である」と定義している。

篠原武夫は医師の役割を「社会秩序の代表者として、患者を社会復帰させるべく医学的知識・技術を駆使して患者の治癒に努力し、また、そのために患者の行動を規制する社会的統率者としての役割」とし、医師はその役割を遂行するものとしている。

大道安次郎は「健康は個人にとってはもちろんのこと、社会にとっても望ましいことであり、病気はその逆である。したがって、常に健康を保持し、病気を最小限度に食い止めることは、個人にとっても、また社会にとっても必要なことであって、この必要に答える役割を主として演ずるのが医師である」と論じている。

また、米山桂三は社会と医療制度としての病院との関係を

次のように述べている。「社会に病人があるということは、病人が病気である間、社会生活に参加できないということのために、社会にとって大きなマイナスになる。そこで社会自身が健全な発達を果たすために、社会自身の機能としての医療に力が注がれ、常に「病気」を最小限に止めておくよう助力されるわけである」。

田中恒男や篠原武夫のいう「医療の機能」あるいは「医師の役割」は、大道安次郎や米山桂三のいうように、社会的逸脱者である病人を再び社会生活に参加させる機能であり、その機能を果たすという役割である。そしてこれは具体的に、患者の疾病・怪我の治療、あるいは社会生活を営む上で支障のない程度の回復（病気や怪我をする以前の状態に、完全に戻らないこともあるので）、そして健康の維持を意味している。この点で上記の四人は共通しているといえる。

彼ら四人は、共にパーソンズ (T. Parsons) の「社会体系論」の一〇章からの影響が強い。そこでパーソンズの医師―患者関係を中心とした医師、患者それぞれの役割論を、ターミナル・ケアの場合と比較してみていくことにする。

パーソンズは、治療者である医師は、社会秩序の代表者として、患者を社会復帰させるべく医学的知識・技術を駆使して患者の治療に努力し、またそのために患者の行動を規制す

る社会的統制者としての役割を遂行するものであるとしている。このように医師を社会的統制の代行者とみなす背景には、次のような考え方が横たわっている。社会に病人があるということは、病人が病氣である間、社会生活に参加できないというこのために、個人にとってはもちろんのこと、社会にとっても大きなマイナスである。したがって、社会自身が健全な発達を果たすために、社会自身の機能として、常に健康を保持し、病氣を最小限度に食い止めることが必要であって、この必要に答える役割を主として演ずるのが医師である。よって医師には、「力のおよぶかぎり、患者が病氣から回復するのを促進する」という意味での患者の福祉に対する責務」がある。

なおこうした重要な役割を演じる医師の資格は無条件には与えられない。専門の大学で医学と医術を身につけ、厳格な国家試験をパスしてはじめて医師の資格が公認され、専門職としての医師の職業に従事することができるのである。だから医師の資格は門閥や家柄、身分といったような「属性」(ascription)で与えられない。あくまで個人の「業績」(achievement)によるものであって、医師の資格はその人個人に属するものである。こうして専門職としての医師の資格は制度として社会的に公認され、その資格を獲得してはじめて

医師としての社会的な役割を演ずることができるのである。

パーソンズはこのように専門職としての医師の資格と役割をとらえているが、彼らがその役割を演ずるにあたって、守らなければならない規準として、特に普遍主義 (universalism)、『機能的限定性 (functionally specificity)』、『感情的中立性 (affective neutrality)』、『集合体志向性 (collectivity orientation)』の四つをあげているが、これらの規準はいわば医師の行動様式の公準のようなものである。⁹⁾

普遍主義というのは、医師が全ての病人を区別せずに自分の患者として迎え、公平な治療をするという態度であって、これは病人を区別して不公平な態度をとる個別主義 (particularism) とは正反対の態度である。

機能的限定性というのは、医師の役割はあくまで医療の範囲に限定すべきであるということであって、彼はこれを specificity (特定性) の態度として規定して、 diffuseness (多面性) と区別している。医師の役割は病人の病氣を治すことにあるから、医療の面だけにその役割を限定すべきであり、信仰の問題や、経済的な問題、あるいはイデオロギーの問題といった個人的な領域に立ち入るべきではないということである。これと関連して、医師は医療にあたって患者の個人的秘密にも通ずることがあるが、こうした「個人のプライバシー

の「秘密厳守」の態度も、この「機能的限定性」の中に含まれている。

感情的中立性というのは、医師は感情に流されることなく、病人の病氣そのものを客観的、かつ科学的に治療すべきだという態度のことである。これは感情性 (affectivity) と正反對の態度である。治療にあたって感情をまじえると、医療効果の妨げになるからである。

集合体志向性というのは、医師の態度は社会全体のために向けられるべきで、実業家のように自分の利益をあげることを志向してはならないというものである。実業家などのそれは自己中心志向性 (self orientation) である。以上がパーソンズの医師の役割論の概略であるが、次に患者の役割についてみていく。

患者の役割の第一は、正常な社会的責務の免除であり、そのことはもちろんその病氣の性質と重さに呼応している。この免除は、当該のさまざまな他我による正当化と、こうした他我に対する正当化とを必要としており、医師は直接に正当化する主体として役立っている。義務を避けるために十分なほど病氣であることに關する正当化は、病人の権利であるばかりでなく、「仮病を使うこと」を防ぐという社会的機能も有している。

第二の、第一と密接に連關した側面は、病人が「力をふるいおこして」決然たる行為や意志の所業によって健康を回復するのを要請されていない、という定義である。この意味で、また彼は「看護され」なければならない状態にある。もちろん回復過程は自然に起こるだろうが、しかし病氣が続いている間、彼は「それをどうしようもない」。病氣の状態におけるこの要素は「援助」を受け入れることへの橋渡しとして明らかに決定的である。

第三の要素は、「回復」しようとする義務を伴う、病氣の状態に關する定義である。病人役割を正当化する最初の二つの要素は、極めて重要な意味で条件的である。この第三の要素は、彼ができるだけ迅速にその状態から脱出できるのを彼も他我也も希望する、この不幸な状態にいるかぎりでの相対的な正当化である。

最後に、第四の、以上三つの要素と密接に關連した要素は、身体の悪い状態に比例して、専門的に有能な援助、すなわちたいがいの通常のケースでは、医師の援助を求める義務、および回復しようとする過程で医師と協力する義務である。⁽¹⁰⁾

以上が、パーソンズの医師—患者關係をめぐる社会的役割論であるが、安食正夫、大道安次郎、米林喜男らは、精神科關係では上記の四つの規準のうちの幾つかは、不適當である

と批判している。

安食正夫は「精神神経関係を中心に考えてみると、かなり疑問——たとえば、specificなものだけが治療であるとはかぎらず、インフォーマルで、diffuseなものがある」と述べている。また米林喜男も、患者をその社会的心理的状況の全体構造の中で全人格的な存在として理解しなければならぬ精神科領域の場合、厳密な意味で医療的な事象のみに限定するのは困難である、という見解を示している。大道安次郎は「パーソンズは医師の認定権を認めているが、精神病と認定された病人は、精神病に對する社会的偏見の圧力も加わって、かえって病が重くなることが多いことから、病人やその家族の人権侵害にも及びかねない。これなどは医師の『感情的中立性』の乱用ではないか」としている。島内憲夫などは医療の機能の一つとして、「人々が自分の悩みについて親しく保健・医療従事者と對話する機会をもつことによって、現代社会の非人格性を相殺していること」¹³⁾をあげ、精神科領域という限定させずに、医療全般についてパーソンズの機能的限定性、感情的中立性に對立する意見を述べている。

以上のような精神科領域における機能的限定性、ならびに感情的中立性への疑問は、そのままターミナル・ケアにもあ

てはまる。ターミナル・ケアにおいては、まさに全人的なケアが求められているわけで、厳密な意味で医療的な事象のみを扱うのでは末期患者の問題解決は望めない。ターミナル・ケアを考える上で重要である「痛み」は、主観的なものであり、個人の経験によって様々である。「痛み」は、医療的な処置だけでは、決して解決されることはないのである。

しかし精神科領域の医師は、医療的処置でないにせよ、患者の精神的疾患を治癒するために、自分のもてる能力を駆使している。その意味で「患者の社会生活への復帰」という医師の社会的な役割は果たしている。ところがターミナル・ケアを行う医師は、死に至ることが明白な患者を扱うのだから、この社会的機能さえ果たしていないことになる。

人間は生物学的生命体であり、ゆえに死は避けられないものである。死は全ての人間に必ずおとずれるのである。この当り前の事実から考えると、病氣や怪我を治癒しようとする全ての行為は、その生命を延ばそうとする、延命のための行為なのである。医師は、病氣を完全に治癒することを理想とし、その最低限の目標は、患者の社会生活へ復帰できる程度の回復であるが、その最低限の目標も患者の生命を維持しなければ達成できない。つまり、全ての医療行為が、延命のための行為であるからこそ、患者を社会復帰させるといふ医師

の社会的役割が成り立つのである。

では、すでに治癒の見込みがなく、六ヶ月以内に死に至ることが明白な患者を扱うターミナル・ケアの場合も、やはり医師は延命のための行為を第一として考え、たとえ患者が疼痛に苦しんでいても、患者の生命力を衰えさせるような麻薬類の使用はしないべきなのだろうか。またその選択を、社会統制者として医師が行うべきなのだろうか。

一八九二年に行われたライヒ裁判所の判決は、たとえある医療行為が患者の生命を救う唯一の方法であるということが、医学的に明白であっても、その行為が患者の身体を傷つけるような種類のものである場合、患者の同意を得ないでその行為を行う法的な権限は、医師に与えられていないとしている。その後この傾向は、我が国を含めて世界的に広がっている。パーソンズは、医師は患者の行動を規制する社会的統制者としての役割があるとしているが、ライヒ裁判所での判決は、患者の身体を傷つけるような医療行為に関しては、医師は患者に対して、その行動（たとえば手術を受けるか否か）を規制する権利はなく、これを最終的に決定するのは患者自身ということの意味している。つまり、これはパーソンズのいう医師の社会的統制者としての役割に、ある種の制限を加えたかたちになる（もっとも歴史的にみれば、ライヒ裁判所の判

決の方が、「社会体系論」が書かれるより先だが）。

またこの裁判の判決は、患者に対する治療行為は患者の延命のためだけではないということも意味している。上記のような場合は、患者の生命を延ばすということより、患者の意志を尊重することのほうが優先されるのである。患者の延命のための努力は、患者を社会復帰させるという医師の社会的役割の前提であるから、この社会的役割もまた制限されたことになる。

たしかに、一般の医師の社会的な役割は、パーソンズの定義どおりのものであろう。しかしターミナル・ケアというのは、医師がこのような社会的役割を遂行すべく、彼の医師としての能力を行使した結果、残念ながらその役割を果たすことができなかった（すでに手遅れで、現代の医学では治癒の見込みがない）患者に対するケアである。そして、このようなケアにおいては、すでに医師は社会的役割を遂行する者ではないのだから、同時に彼には患者の行動を規制する社会的統制者としての役割もない。

第三章 ターミナル・ケアにおける医師—患者関係

スザッス (T.S.Szasz) とホレンダー (M.H.Hollender)

は医師と患者の関係を、能動—受動の関係(activity-passivity)、指導と協力の関係(guidance-cooperation)、相互参加の関係(mutual participation)の三つのモデルに分類した。それぞれの説明は次のようなものである。

能動—受動の関係は、医師が能動的で、患者が受動的な場合をあらわしている。たとえば、患者が重症の外傷を負ったとか、出血多量、昏睡などの緊急の場合には、このモデルが適応される。このような医療場面では、患者は多かれ少なかれ自らは何もすることができない状態にあり、医師は患者自身の努力や協力の有無にかかわりなく、患者に対して何らかの処置を積極的にしなければならぬ。今日でも緊急措置のような状況のもとでは、こうした一方が相手に向かってなにかをするが、はたらかける方はそれを受け入れるだけといった関係が多くみられる。

たしかに、医師が患者になにかするという考え方は、現代医学の進歩した手続き(麻酔とか手術など)を活用する場合の基本ではあるが、しかし、この関係を歴史的にみると、もっとも古い型の医師—患者関係でもあり、そこには関係者の間の真の相互作用がみられない。さらにこの関係を、両親と子供との関係に当てはめてみるならば、患者は自助の力のない乳幼児に似ているし、医師はちょうどその親のようでもある。

このような医師と患者のあいだの力関係が対等でない場合のダイアッドを歴史的にみれば、それは無学で無知な患者が多かった時代に通用していた医師—患者関係であるともいえるよう。

指導—協力の関係は、多くの医療場面でみられるもので、患者の症状がさほど重態でない時のモデルである。たとえば大部分の急性疾患、なかでも伝染性疾患などの場合によくみられる関係である。この場合は患者は病気ではあるが、意識ははっきりしているから、何がおこっているかを自分でもよく知っており、医師の指示に従う能力や自分でもある程度の判断を下す能力をもっている。さらに事情がよくなれば、患者の方から積極的に医師の指示を求めるようになってしまう。この関係の原型は両親と児童あるいは青少年期の子供との関係に求めることができる。

しかし、このような関係はまた、一方が大きな力を持ち、その勢力を背景に指導性を発揮し、協力とは名ばかりで、他方はそれに従うことが期待されている関係でもある。したがって、この関係は、患者が上位者である医師を求めた以上、その指示に服従することが当然であって、与えられた指示に対して疑問をさしはさんだり、不同意を表明することは一切許されないといったような能動—受動に近い関係にいつでもな

りうる可能性をひめている。

相互参加の關係は、一般に慢性疾患の場合にあてはまるもので、患者が時々医師のもとに診療を求めにゆく形で治療が進められる。医師は必要に応じて時々相談にのるだけで、原則的には患者が自ら治療プログラムを実行する。したがってこのモデルでは、医師は患者の自助活動を援助する形となる。この型の關係が有効に機能するためには、医師—患者双方がほぼ等しい力を持ち、相互依存的で、かつまた双方が満足するといった諸条件が必要である。なかでも、患者の側に高度な心理的社会的構成が必要となる。したがって患者が幼児であったり、精神的欠陥があったり、教育程度の高くない人やパーソナリティの成熟度がひどく低いといった場合には、この關係モデルはほとんど適応できない。なお、この關係は、もっとも民主的なものであり、その原型は、互いに相手に必要な知識をもっている成人と成人の關係に求められる⁹⁾。

以上がスザッスとホレンダーの医師—患者關係の概要であるが、ターミナル・ケアの場合は、「患者が時々医師のもとに診療を求める」という通院の型ではないが、相互参加の關係を目指すべきである。なぜならターミナル・ケアにおける医師には社会的統制者としての役割がないのだから、能動—受動の關係や指導—協力の關係のように医師が患者に対して

上位者である必要はないのである。

もちろん、この關係は患者が正常な判断のできない状態（昏睡状態や精神的疾患がある状態）では無理であるが、ターミナル・ケアの場合は、スザッスとホレンダーがいうほどの高いパーソナリティを求められることはない。患者本人の生死にかかわる重要な問題において、彼にその医療方針を相談するだけのパーソナリティがあるかどうかを決定する権利を、医師に認める要素は何もみあたらないからである。

ターミナル・ケアの医師—患者關係は相互参加の關係であるべきなのだから、患者には自分の病状を正確に知る権利があり、また医師はそれを知らせる義務がある。末期癌といえども本人に知らせることは、今や世界的趨勢である。生死にかかわる状況でも、手術を行う場合は、患者に手術の内容を十分に説明し、患者の同意を求めなければならないことは、我が国においてもすでに法的に認められている。

患者が幼児であるとか、精神的疾患があるという場合は除き、患者の癌告知を受け入れる精神的準備やそのパーソナリティ、宗教的死生觀の成熟を考慮し、告知するか否かを判断することは、医師の役割として期待されるものではない。

末期患者も一人の社会的生活体である以上、自分の生命に関する事実を知り、その医療方針を決定する主体であるべき

である。末期患者が彼の社会的（家庭の、あるいは職場上の）諸問題を処理する時間的余裕を得ることは、最初の瞬間まで社会的存在であるために必要なことである。そして、それを援助するために、患者に正常な判断ができるよう医療的処置を行い、彼に客観的現実を知らせ、その生理学的・心理学的な苦痛を取り除くことに、医学的能力を尽すことが、ターミナル・ケアを行う医師に期待される役割ではないだろうか。我が国のようにターミナル・ケアにおいて患者自身に決定権がないことは、世界的にみても特異な例である。

〔注〕

- (1) 池見西次郎「ターミナル・ケアの概念」『公衆衛生』四九号 医学書院 一九八五年 五一四頁
- (2) 井上勝也「終末介護の諸問題」終いの看取りに関する調査より」『機関・社会保障研究』一八号 一九八三年 四三七頁
- (3) 池見西次郎「ターミナル・ケアの概念」『公衆衛生』四九号 医学書院 一九八五年 五一三頁
- (4) 福岡誠之「医療と死」河野友信・河野博臣編『生と死の医療』朝倉書店 一九八五年 七三～七四頁
- (5) 田中恒男「医療社会学」学文社 一九六八年 一九四頁
- (6) 篠原武夫「組織医療と医師―患者関係」保健・医療社会学研究会編『保健・医療の組織と行動』垣内出版 一九七

七年 三二頁

- (7) 大道安次郎『病院社会学の展開』医学書院 一九八二年 五三～五四頁
- (8) 米山桂二「看護の社会学」未来社 一九八一年 一六八～一六九頁
- (9) 大道安次郎『病院社会学の展開』医学書院 一九八二年 五四頁
- (10) T. Parsons 著／佐藤勉訳『現代社会学体系第一四卷 社会学系論』青木書店 一九七四年 四三三～四三三頁
- (11) 安食正夫「医療社会学」医学書院 一九七〇年 二〇四頁
- (12) 大道安次郎『病院社会学の展開』医学書院 一九八二年 五六頁
- (13) 島内憲夫「保健社会学―理論と現実」垣内出版 一九八三年 二八頁
- (14) 園田恭一・米林喜男「保健・医療社会学―健康生活の社会的条件」有斐閣選書 一九八三年 一七二～一七五頁

（本学大学院博士前期課程）